

Unfall-Schadenmeldung Ringtraining

2614/000529-4

Schadennummer / Polizzen-Nr.

Ver-
sicherung

UNIQA Versicherungen AG
Untere Donaustraße 21

1029 Wien

Ver-
sicherungs-
nehmer

Wype it Agentur GmbH
Wopfnerstraße 9
A – 6130 Schwaz

Behörde

Wurde der Vorfall behördlich aufgenommen? Von wem?

Unter GZP

Vers. Person

Frau/Herr Vorname Nachname Adresse PLZ Ort Telefonnummer

Ereignis

Schadenort

Schadendatum / Uhrzeit

Bei welcher Tätigkeit ereignete sich der Unfall?

18. - 20.03.2022 Misano
 21. - 24.04.2022 Rijeka
 12. - 15.05.2022 Most
 13.06.2022 Salzburgring
 17. - 19.06.2022 Brünn

24. - 26.06.2022 Pannonia
 22. - 24.08.2022 Slovakia Ring
 08. - 11.09.2022 Pannonia
 26.09. - 02.10.2022 Rijeka

Ereignisablauf

Zeugen

Vor- und Zuname / Anschrift

Telefon

**Allgemeine
Fragen**

Ist der/die Verletzte gesetzlich unfallversichert? Wenn ja- welche Anstalt?_____ ja nein

Hat die vom Unfall betroffene versicherte Person in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall Drogen oder drogenähnliche Substanzen konsumiert? Wenn ja – Welche? Wieviel? _____ ja nein

Hat die vom Unfall betroffene versicherte Person in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke konsumiert? Wenn ja – Welche? Wieviel? _____ ja nein

Ist die versicherte Person auch bei anderen Gesellschaften versichert? Wo? (Versicherungsgesellschaft und Polizzen Nr.) _____ ja nein

Ist die versicherte Person in Besitz von Kreditkarten mit Versicherungsschutz? Welche? (Kartennummer)_____ ja nein
Welche Betreiberfirma? (z.B. Card Complete, Paylife)_____

Einwilligung zur Datenverarbeitung

Freiwillige Einwilligungen zur Verarbeitung meiner Daten (Dieser Abschnitt betrifft nur die versicherte Person)

UNIQA darf für den konkreten Versicherungsfall meine Gesundheitsdaten bei Dritten einholen und prüfen, ob ein Anspruch auf Leistung besteht (Einzeleinwilligung)

Ich als versicherte Person stimme zu, dass sich UNIQA Versicherungen AG, Untere Donaustraße 21, 1029 Wien über meine personenbezogenen Gesundheitsdaten bei untersuchenden oder behandelnden Gesundheitsdienstleistern wie Ärzten, Krankenanstalten sowie bei bekanntgegebenen Sozialversicherungsträgern und sonstigen schweigepflichtigen Einrichtungen sowie bei im Zusammenhang mit dem Versicherungsfall tätig gewordenen Behörden (zB die Polizei) und Gerichten informiert. Das alles im erforderlichen Umfang, um die Leistungspflicht beurteilen und den Versicherungsfall abwickeln zu können.

Mit meiner Einwilligung kann UNIQA Versicherungen AG folgende Daten einholen und verarbeiten:

- Die mit dem konkreten Versicherungsfall in Zusammenhang stehenden Krankheiten, Gesundheitsschäden, krankheitswertige Abnützungsercheinungen, Gebrechen und Unfallfolgen
- Die zur Beurteilung unerlässlichen medizinischen Unterlagen, das sind:
Daten zum Grund der stationären Aufnahme oder ambulanten Behandlung, zu allfälligen Unfallgründen, zur erbrachten Behandlungsleistung, über die Aufenthalts- oder Behandlungsdauer sowie zur Behandlungsentlassung oder -beendigung; Anamnese der aktuellen sowie vorangegangener Behandlungen/Aufnahmen und Statusblatt, Fieberkurve mit Infusionsplan, sämtliche diagnostische Befunde, OP-Bericht, ärztlicher Verlaufsbericht, Anästhesieprotokoll, Verlaufsbericht der pflegerischen Maßnahmen, Entlassungsbericht, gerichtsmedizinische Befunde, Einsatz-, Behördenprotokolle
- Die zur Abwicklung des Versicherungsfalles unerlässlichen Ermittlungsakten, Gerichtsakten, Aktenvermerke oder sonstige behördlichen Akte, die auch Gesundheitsdaten enthalten
- Die zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles beantragte, bestehende oder beendete Personenversicherungen bei Sozialversicherungsträgern, öffentlichen Fonds zur Gesundheitsfinanzierung und privaten Versicherungsunternehmen (im Hinblick auf Doppelversicherungen) mit meiner Einwilligung zur Einholung und Prüfung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten, entbinde ich auch die genannten Befragten im Voraus von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflicht sowie der Amtsverschwiegenheit im Umfang der Einwilligung.

Mehr Informationen zu den Datenschutzhinweisen (wie die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten, der Übersicht allfälliger Datenempfänger, zu Ihren Rechten und Speicherfristen) erhalte ich unter www.uniqa.at im Bereich Datenschutz. Meine Einwilligung ist freiwillig und erfolgt auf Basis der oben ausgeführten Datenschutzhinweise. Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft (z.B. per E-Mail oder Brief) ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Liegt meine Einwilligung UNIQA Versicherungen AG nicht vor, weil ich sie nicht erteilt oder widerrufen habe, dann bin ich selbst dafür verantwortlich, diese Unterlagen zu besorgen und UNIQA Versicherungen AG zu geben. UNIQA Versicherungen AG behält sich die Einholung weiterer Unterlagen vor. Ich weiß, dass UNIQA Versicherungen AG die erforderlichen Daten braucht, um Leistungen auszuzahlen. Wenn UNIQA Versicherungen AG die erforderlichen Daten nicht erhält, kann dies in bestimmten Fällen zur Leistungsfreiheit von UNIQA Versicherungen AG führen.

Ja, ich stimme zu Nein, ich stimme nicht zu

Auskunfts-vollmacht

(Dieser Abschnitt betrifft nur die versicherte Person)

Ich (wir) ermächtige(n) den Versicherer, Auskünfte aller Art bei Personen, Behörden (zB die Polizei) und Gerichten einzuholen, Einsicht in alle auf mich (uns) Bezug habenden Akten zu nehmen sowie Abschriften oder Auszüge derselben anzufertigen. Das alles im erforderlichen Umfang, um die Leistungspflicht beurteilen und den Versicherungsfall abwickeln zu können. Ich (wir) bestätige(n) mit meiner (unserer Unterschrift), dass ich (wir) alle vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet habe(n).

Ja, ich stimme zu Nein, ich stimme nicht zu

Ort, Datum	Unterschrift verletzte Person
Ort, Datum	Unterschrift Versicherungsnehmer

Leistung

Leistung für verletzte Person überweisen auf:

IBAN	BIC	Konto lautet auf
------	-----	------------------

**Leistung
Berichts-
honorar**

Honorar überweisen auf folgende Bankverbindung:

IBAN	BIC	Konto lautet auf
Ort, Datum	Unterschrift des Behandelnden Arztes	Stempel

**Ärztliche
Erstversorgun
g**

Von welchem Arzt (Krankenhaus) wurde erste Hilfe geleistet? _____

Wann ist ärztliche Hilfe in Anspruch genommen worden? Datum, Uhrzeit _____

Beschreibung

--

FolgenBesteht durch den Unfall eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit? ja nein
von _____ bis _____Besteht durch den Unfall eine teilweise Arbeitsunfähigkeit? ja nein
von _____ bis _____**Krankenhaus**Waren sie durch den Unfall in einem Krankenhaus? Wenn ja welches ja nein
_____Wie lange befand sich der/die Verletzte in stationärer Behandlung?
von _____ bis _____**Invalidität**Hat der Unfall bleibende Invalidität zur Folge? ja nein
Welche dauernden Funktionsstörungen?

**Gesundheitl.
Behinderung
vor dem Unfall**

War der/die Verletzte vor dem Unfall gesundheitlich behindert, wie z. B. alte Verletzungen oder Degeneration (von Bändern, Kapseln, Sehnen, Meniski usw.), sonstige Behinderungen (Bewegungseinschränkung, Amputationen usw.), Wirbelsäulenleiden (Bandscheibenvorfälle und dergleichen), Herzleiden, Diabetes, Alkohol-oder Drogenabusus, Epilepsie, reduziertes Hör- oder Sehvermögen usw.? Bitte nähere Angaben	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<hr/> <hr/> <hr/>		
Haben Krankheiten, Gebrechen oder Alkohol und Drogeneinfluss den Unfall mitverursacht bzw. die Unfallfolgen ungünstig beeinflusst? In Welcher Form?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<hr/> <hr/> <hr/>		

Die Fragen der Schadenmeldung habe ich wahrheitsgetreu und nach bestem Wissen beantwortet

Ort, Datum

Versicherungsnehmer

VN/Verletzte Person